

บทความวิจัย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับผู้คลอดวิถี
ธรรมชาติ*

สุรีย์พร กฤษเจริญ** ปราณี พงศ์ไพบุลย์*** กัญจน์ พลอินทร์***
วารางคณา ชัชเวช**** สุภาพ มากสุวรรณ*****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิภาพแนวปฏิบัติการพยาบาล
คลินิกสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติ คัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ 11 คน เป็นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ตรวจสอบความตรง
เชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยพยาบาล 6 คน ประเมินประสิทธิภาพด้าน
ความสามารถและความยาก-ง่ายในการปฏิบัติ ความพึงพอใจของพยาบาลและผู้คลอด ปัญหา อุปสรรค
และความเป็นไปได้ ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

แนวปฏิบัติมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.92 และค่าความเที่ยงโดยหาค่าร้อยละของความ
สอดคล้องได้ร้อยละ 93 แนวปฏิบัติในระยะที่ 3 และ 4 ของการคลอด เป็นแนวปฏิบัติที่พยาบาลทุกคน
ให้ข้อมูลด้านความสามารถในการปฏิบัติได้ดีและมีความง่ายในการปฏิบัติ พยาบาลและผู้คลอดมีค่าเฉลี่ย
คะแนนความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด พบปัญหาอุปสรรคและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติ
ไปใช้ 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้คลอดและญาติ 2) ภาระงานของพยาบาล 3) การจัดสถานที่

แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติ เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกที่
มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยงสูง เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกที่มีประสิทธิภาพ มี
ค่าความพึงพอใจของพยาบาลและผู้คลอดในระดับมากที่สุด สามารถนำไปปรับใช้เพื่อให้มีการให้บริการ
คลอดวิถีธรรมชาติที่ยั่งยืนต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก; คลอดวิถีธรรมชาติ

* ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากเงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

**** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

***** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสตูล จังหวัดสตูล

ความหมายของปัญหา

การคลอดวิถีธรรมชาติ เป็นการคลอดแบบยึดผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง (Brubaker & Dillaway, 2009; Cohen, 2006) เน้นการดูแลการคลอดตามกระบวนการธรรมชาติ โดยปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์ น้อยที่สุด (Mansfield, 2008) จึงเป็นการดูแลการคลอดอย่างมีมนุษยธรรม คือปฏิบัติต่อผู้คลอดด้วยความเคารพและให้เกียรติ คำนึงถึงความเป็นองค์รวม เป็นการดูแลการคลอดที่ประหยัด สอดคล้องกับนโยบายเศรษฐกิจพอเพียง เนื่องจากไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายกับกิจกรรมทางการแพทย์ที่เกินความจำเป็น (พิริยา, 2550) และเป็นการดูแลการคลอดที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลการคลอดปกติขององค์การอนามัยโลก จึงได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก ในด้านความปลอดภัยของผู้คลอดและทารก แต่ในทางปฏิบัติพบว่า ผู้คลอดได้รับการปฏิบัติกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรหลายอย่าง เช่น การสวนอุจจาระ การโกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำเป็นกิจวัตร และการจัดให้ผู้คลอดนอนหงายขาพาดหรือไม่พาดบนขาห้อยในระยะคลอด รวมทั้งการปฏิบัติที่ทำอย่างไม่เหมาะสม เช่น การตัดฝีเย็บแบบกิจวัตร (World Health Organization, 1997, 2005)

กิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรบางอย่าง เป็นการปฏิบัติที่ไม่มีประสิทธิภาพหรือมีผลเสียชัดเจน ไม่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลการคลอดปกติขององค์การอนามัยโลก (Lothian, Amis, & Crenshaw, 2007; World Health Organization, 1997) และเป็นกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมสำหรับผู้คลอด เพราะผู้คลอดส่วนใหญ่ (ร้อยละ 50-80) เป็นผู้คลอดที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ (เอกชัย และธนิต, 2551) กิจกรรมทางการแพทย์ดังกล่าว เช่นการตัดฝีเย็บ ที่ยังเป็นกิจกรรมที่ทำแบบกิจวัตรในผู้คลอดปกติ จัดเป็นการกระทำที่ไม่เหมาะสมและเป็นอันตราย เพราะทำให้ผู้คลอดเสียเลือดมากขึ้น (Lam, Wong, & Pun, 2006) ผู้คลอดเจ็บปวด มีปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ กลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ ดังนั้นการคลอดปกติไม่ควรตัดฝีเย็บเกินร้อยละ 10 (Ejegard, Ryding, & Sjogren, 2008; Fritel et al., 2007; Goer, Leslie, & Romano, 2007; Shojaei, Dawati, & Zayeri, 2009) ส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกา การตัดฝีเย็บเริ่มลดลงตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005 จนเหลือการตัดฝีเย็บประมาณร้อยละ 25 เพราะมีผลวิจัยแสดงให้เห็นชัดเจนว่า การตัดฝีเย็บเป็นการกระทำที่เป็นอันตราย แต่อย่างไรก็ตาม การตัดฝีเย็บยังมีการทำมากกว่าที่ควรจะเป็น โดยเฉพาะในผู้คลอดครรภ์แรก (Declercq, Sakala, Correy, & Applebaum, 2006)

นอกจากนี้ยังมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นผลดีของการคลอดวิถีธรรมชาติดังนี้คือ การสนับสนุนให้ผู้คลอดได้เคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระ ตลอดระยะเวลาของการคลอด ช่วยให้การคลอดมีความก้าวหน้าเร็วขึ้น และระยะเวลาการคลอดสั้นลง (Storton, 2007) ดังนั้นผู้คลอดควรมีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระตลอดระยะเวลาการคลอด อยู่ในท่าที่สุขสบายที่สุดในระยะที่ 1 ของการคลอด และมีอิสระในการเลือกท่าทางต่าง ๆ ที่รู้สึกสุขสบาย ยกเว้น ผู้คลอดที่มีข้อบ่งห้ามทางสูติศาสตร์หรืออายุรกรรม (เอกชัยและธนิต, 2551; Lawrence, Lewis, Holmeyer, Dowsell, & Styles, 2009) และการให้ผู้คลอดอยู่ในท่าลำตัวตั้งตรง (upright) ซึ่งได้แก่ การเดิน นั่ง ยืนและคุกเข่า ซึ่งเป็นท่าที่ทำให้ผู้คลอดในระยะที่ 1 รู้สึกสุขสบาย (Miquelutti, Cecatti, & Makuch, 2007) และเป็นท่าที่ทำให้มดลูกหดตัวได้ดีกว่าท่านอนหงายราบ เนื่องจากศีรษะทารกกดบริเวณปากมดลูกได้ดีกว่า ทำให้ปากมดลูกเปิดขยายได้ดีขึ้น (เอกชัยและธนิต, 2551) การให้ผู้คลอดคลอดในท่านอนหงายราบเป็นความสะดวกของผู้ดูแลการคลอด แต่ทำให้เกิดแรงกดต่อเส้นเลือดของผู้คลอดหลายเส้น เนื่องจากมดลูกที่โตขึ้น ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อผู้คลอดและทารกในครรภ์ นอกจากนี้ยังเป็นการลดการไหลเวียนของเลือดไปสู่ทารก ทำให้หัวใจทารก

เด่นผิดปกติ และยังทำให้การหดตัวของมดลูกไม่ดี ส่งผลต่อความก้าวหน้าในการคลอดให้ล่าช้า (เอกชัย และธนิต, 2551; Lawrence et al., 2009; Storton, 2007) จากผลการศึกษางานวิจัยสู่มดตัวอย่างเปรียบเทียบพบว่า การให้ผู้อยู่คลอดอยู่ในท่าลำตัวตั้งตรง ช่วยลดระยะเวลาการคลอดในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ลดการตัดฝีเย็บ ลดอัตราการเข้ายาแก้ปวด และลดอุบัติการณ์การเต้นของหัวใจทารกที่ผิดปกติ (Storton, 2007) และเป็นการกระทำที่ไม่มีผลเสียกับผู้คลอดและทารก (Lawrence et al., 2009; Roberts & Hanson, 2007) และด้านวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา พบว่า มารดาที่คลอดแบบวิถีธรรมชาติมีค่าเฉลี่ยความเจ็บปวดในระยะคลอดน้อยกว่ามารดาที่คลอดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สรพรเสริญ, 2548)

ในช่วง 10-20 ปีที่ผ่านมา แนวคิดการคลอดวิถีธรรมชาติได้กลับมาสู่ความสนใจอีกครั้ง เมื่อมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนแนวคิดการคลอดวิถีธรรมชาติ ในประเด็นของความปลอดภัยและผลดีต่อผู้คลอด ทารกและครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการดูแลการคลอดที่ประหยัด (พิริยา, 2550; Moscucci, 2003) จึงมีการนำแนวคิดการคลอดวิถีธรรมชาติมาใช้ในการดูแลผู้คลอดในประเทศพัฒนาแล้ว แต่ยังไม่เป็นที่นิยมในสังคมไทย (พิริยา, 2550) เพราะการดูแลการคลอดในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นการดูแลตามรูปแบบทางการแพทย์ (เอกชัยและธนิต, 2551) การแพทย์มีมุมมองการดูแลการคลอดว่าการคลอดเป็นภาวะเจ็บป่วย ผู้ดูแลการคลอดต้องให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด (Scaer, 2002) มีการทำกิจกรรมทางการแพทย์แบบเป็นกิจวัตร แม้แต่ในผู้คลอดปกติ (Johanson, Newburn, & Macfarlane, 2002) การดูแลการคลอดส่วนใหญ่ จึงไม่ปฏิบัติตามข้อเสนอแนะตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ทำให้มีช่องว่างระหว่างการปฏิบัติและหลักฐานเชิงประจักษ์ (Choices and Challenges in Changing Childbirth Research Network, 2005) พยาบาลผดุงครรภ์จึงให้การดูแลผู้คลอดตามแนวคิดทางการแพทย์มากกว่าให้การดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ (Curl et al., 2004)

ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่าง ห้องคลอดโรงพยาบาลสตูล เป็นหน่วยงานนำร่องด้านการให้บริการคลอดวิถีธรรมชาติ 3 ปีที่ผ่านมา มีการพัฒนาศักยภาพพยาบาลเพื่อให้บริการคลอดวิถีธรรมชาติ มีการให้บริการคลอดวิถีธรรมชาติบ้างแต่ไม่ต่อเนื่อง ทั้งที่พบว่า พยาบาลในพื้นที่ภาคใต้มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคลอดวิถีธรรมชาติในระดับมากที่สุด (สุรีย์พร, ทรงพร, กัญจนี, และปราณี, 2553) และต้องการความเชื่อมั่นในแนวทางการคลอดวิถีธรรมชาติ (สุรีย์พร, ทรงพร, กัญจนี, และปราณี, 2554) เนื่องจากยังไม่มี การทำแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติ อาจทำให้พยาบาลขาดความมั่นใจในการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ ในขณะที่ผู้คลอดมีความเชื่อว่าการคลอดเป็นเรื่องธรรมชาติ ต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการคลอดอย่างเต็มที่ (Fenwick, Hauck, Downie, & Butt, 2005) มีความต้องการคลอดแบบวิถีธรรมชาติ (Westfall & Benoit, 2004) และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการคลอดวิถีธรรมชาติในระดับมากที่สุด (สุรีย์พรและคณะ, 2554) แต่ไม่สามารถรับบริการคลอดวิถีธรรมชาติได้ การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกในระยะคลอดสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติ ช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการดูแลผู้คลอดที่ตรงกับความต้องการของผู้คลอด

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติ คณะผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติ ในโรงพยาบาลสตูล เพื่อให้ได้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับพยาบาลห้องคลอด เป็นการส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ ความมั่นใจและมีแนวทางการดูแลผู้คลอดตามแนวคิดการคลอดวิถีธรรมชาติที่ถูกต้องตามหลักฐานเชิงประจักษ์และเป็นมาตรฐานเดียวกัน เพื่อให้มีการนำการคลอดวิถีธรรมชาติมาให้บริการแก่ผู้คลอดอย่าง

เป็นรูปธรรมและยั่งยืน

วัตถุประสงค์

พัฒนาและประเมินประสิทธิภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติ

กรอบแนวคิด

พัฒนาแนวปฏิบัติโดยนำแนวทางการสร้างแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHM-RC], 1999) มากำหนดเป็นขั้นตอนหลัก 7 ขั้นตอน คือ 1) กำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพและขอบเขตการดำเนินงาน 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติและกำหนดผลลัพธ์ 4) สืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์หรือแนวปฏิบัติที่มีอยู่ และจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ 5) ยกร่างแนวปฏิบัติ 6) เสนอผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและวิพากษ์ร่างแนวปฏิบัติ และ 7) นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

วิธีดำเนินการวิจัย

พัฒนาแนวปฏิบัติตามกรอบแนวคิดดังนี้ 1) กำหนดประเด็นปัญหาสุขภาพและขอบเขตการดำเนินงาน ผู้วิจัยทบทวนการให้บริการคลอดวิถีธรรมชาติของโรงพยาบาลสตูล 2) กำหนดทีมพัฒนาแนวปฏิบัติโดยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติเหมาะสม จำนวน 11 คน คือ สูติแพทย์ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการคลอดวิถีธรรมชาติ 3 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการคลอดปกติ 2 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการคลอดปกติและการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาลและเศรษฐศาสตร์ทางการแพทย์และระเบียบวิธีวิจัย 1 คน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการคลอดวิถีธรรมชาติ 3 คน 3) กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติและกำหนดผลลัพธ์ 4) สืบค้นและร่วมกันประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์หรือแนวปฏิบัติที่มีอยู่ และจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ฐานข้อมูลที่ใช้การสืบค้น ได้แก่ Cochrane library, CINAHL Plus with Full Text, ProQuest Nursing & Allied Health Source, PubMed, The Joanna Briggs Institute, National Institute for Health and Clinical Excellence, Annual Reviews กำหนดคำสำคัญที่ใช้ในการสืบค้นคือ natural childbirth, normal labour, intrapartum care, care in normal birth, evidenced-based practice in labour, best practice in labour care จัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์มีตามแนวทางของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) แบ่งระดับความน่าเชื่อถือของแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็น 4 ระดับ และจัดระดับความเป็นไปได้ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสู่การปฏิบัติเป็นเกรด (The Joanna Briggs Institute, 2008)

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาประกอบการยกร่างแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยงานวิจัยระดับ 1 จำนวน 9 เรื่อง (Hodnett, Gate, Hofmeyr, & Sakala, 2011; Basevi & Lavender, 2009; Carroli & Mignini, 2012; Gupta, Hofmeyr, & Smyth, 2009; Lawrence et al., 2009; Prendiville, Elbourne, & McDonald, 2009; Reveiz, Gaitan, & Cuervo, 2012; Smith, Levett, Collins, &

Jones, 2012; Smyth, Alldred, & Markham, 2009) งานวิจัยระดับ 2 จำนวน 4 เรื่อง (Jahdi, Shahnazari, Kashanian, Farahani, & Haghani, 2011; Kovavisarach & Sringamvong, 2005; Miquelutti, Cecatti, & Makuch, 2007; Yurachai, Ratinthorn, Serisathien, & Sinsuksai, 2009) งานวิจัยระดับ 3-2 คือ จำนวน 2 เรื่อง (Essex & Pickett, 2008; Golay, Vedam, & Sorger, 2007) และหลักฐานอ้างอิงที่เป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 6 เรื่อง (สภาการพยาบาล, 2551; มุลินธิสังเสริม การคลอดลูกและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แห่งประเทศไทย, 2546; World Health Organization, 1997; 2005; National Collaborating Center for Women's and Children Health, 2007; Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2012;) ที่ต้องนำแนวปฏิบัติทางคลินิกมาเป็นหลักฐานในการยกร่างแนวปฏิบัติ เนื่องจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่พบเป็นการศึกษาเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคลอด วัฒนธรรมชาติ ไม่ได้กล่าวถึงกระบวนการคลอดวัฒนธรรมชาติทั้งหมด ประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้แบบประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติทางคลินิก (The AGREE Collaboration, 2001) ได้ข้อสรุปการ ประเมินคุณภาพโดยรวมของแนวปฏิบัติทางคลินิกคือแนะนำให้นำมาใช้ได้บางส่วน 5) ยกร่างแนวปฏิบัติ 6) เสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและวิพากษ์ร่างแนวปฏิบัติ และ 7) นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ประกอบด้วย

1. แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของร่างแนวปฏิบัติ เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นตามหัวข้อของแนวปฏิบัติ สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของร่างแนวปฏิบัติ มีค่าคะแนน 1-4
2. แบบประเมินความเชื่อมั่นของแนวปฏิบัติ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากมากที่สุดถึงน้อยที่สุด หาค่าความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในกลุ่มตัวอย่างพยาบาล จำนวน 10 คน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.94
3. แบบประเมินประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติ มีคำถามเป็น 2 ส่วน คือ ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ คำตอบมี 2 ส่วน คือ ยาก/ง่าย และความยาก-ง่ายในการปฏิบัติ คำตอบมี 2 ส่วน คือ ปฏิบัติได้ดี/ไม่ได้
4. แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับพยาบาล และผู้คลอด เป็นแบบสอบถามแบบเส้นตรงสร้างขึ้นตามองค์ประกอบของแนวปฏิบัติ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน แบ่งค่าคะแนนเป็น 4 ระดับ ดังนี้ คือ 0-2.50 มีความพึงพอใจน้อย 2.51-5.00 มีความพึงพอใจปานกลาง 5.10-7.50 มีความพึงพอใจมาก และ 7.51-10.00 มีความพึงพอใจมากที่สุด หาค่าความเที่ยงโดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของ ครอนบาค ในกลุ่มตัวอย่างพยาบาลและผู้คลอดกลุ่มละ 10 คน ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.98 และ 0.90 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งที่เป็นพยาบาลและผู้คลอด ทุกขั้นตอนการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างมี 2 กลุ่ม คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่ห้องคลอด โรงพยาบาลสตูล จำนวนทั้งหมด 14 คน และผู้คลอด จำนวน 24 คน ผู้คลอดประเมินความพึงพอใจที่ได้รับบริการตามแนวปฏิบัติ จับฉลากแบ่งพยาบาลเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 6 กับ 8 คน กลุ่มพยาบาล 6 คน แบ่งเป็น 3 คู่ แต่ละคู่ นำร่างแนวปฏิบัติไปใช้กับผู้คลอดรายเดียวกัน จำนวน 2 ราย เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของแนวปฏิบัติที่ได้จากการสังเคราะห์ร่วมของพยาบาลแต่ละคู่ จำนวนค่าร้อยละของความสอดคล้อง ได้เท่ากับร้อยละ 93 กลุ่มพยาบาล 8 คน ประเมินความพึงพอใจภายหลังใช้แนวปฏิบัติกับผู้คลอด คนละ 3 คน และประสิทธิภาพแนวปฏิบัติ 2 ด้านคือ 1) ความสามารถในการปฏิบัติ 2) ความยาก-ง่าย ในการปฏิบัติ ประเมินปัญหาอุปสรรคและความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยใช้คำถามปลายเปิดโดยพยาบาลทั้ง 2 กลุ่ม จำนวน 14 คน

ผลการศึกษา

แนวปฏิบัติมีเนื้อหา 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ รายชื่อคณะกรรมการกว้างๆ จำนวน 11 คน รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน บทนำ ซึ่งมีเนื้อหา คือ แนวคิดเบื้องต้นของการคลอดวิถีธรรมชาติ องค์ประกอบของแนวปฏิบัติ และแนวทางการใช้แนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผู้ใช้แนวปฏิบัติ ผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติ ที่มาของหลักฐานเชิงประจักษ์ นิยามศัพท์ บรรณานุกรม และส่วนที่ 2 เนื้อหาของแนวปฏิบัติ แบ่งเป็น 5 ส่วน แต่ละส่วนมีเนื้อหาที่สำคัญคือ

1. แนวปฏิบัติในระยะรับใหม่ ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพเช่นเดียวกับผู้คลอดปกติ 2) การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม อธิบายให้ผู้คลอด สามีหรือญาติเข้าใจถึงการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติทั้ง 6 ด้าน ตั้งแต่ระยะรับใหม่จนถึงระยะที่ 4 ของการคลอด 3) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม อนุญาตให้สามีหรือญาติอยู่เป็นเพื่อนผู้คลอด 1 คน เพื่อให้การสนับสนุนดูแลตลอดระยะเวลาการคลอด จัดห้องสำหรับผู้คลอด สามีหรือญาติให้มีความเป็นส่วนตัว บรรยากาศเงียบสงบและผ่อนคลาย 4) งดกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรโดยไม่จำเป็น ไม่โกนขนบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ ไม่สวนอุจจาระ 5) บรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา สอนการนวดผู้คลอดให้กับสามีหรือญาติ และ 6) การใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ ให้ผู้คลอดอยู่ในห้องที่เตรียมไว้สำหรับการคลอดวิถีธรรมชาติ

2. แนวปฏิบัติในระยะที่ 1 ของการคลอด ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพเช่นเดียวกับผู้คลอดปกติ 2) การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม สอบถามความรู้สึก ความต้องการและความคาดหวังของผู้คลอดและสามีหรือญาติ และร่วมกันวางแผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการและความคาดหวังของผู้คลอดและสามีหรือญาติ 3) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เพิ่มความระมัดระวังในการตรวจภายใน ให้กำลังใจผู้คลอด สามีหรือญาติ 4) การงดกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรโดยไม่จำเป็น ไม่จำกัดการเคลื่อนไหวร่างกายของผู้คลอด ไม่ติดเครื่องฟังเสียงหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง ให้การดูแลโดยไม่ให้ผู้คลอดได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ให้ผู้คลอดรับประทานอาหารอ่อนและดื่มน้ำในระยะปากมดลูกเปิดช้า ให้ผู้คลอดรับประทานอาหารเหลวและดื่มน้ำในระยะปากมดลูกเปิดเร็ว 5) หลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ ให้การดูแลโดยไม่เจาะถุงน้ำคร่ำ และไม่ให้ผู้คลอดได้รับยาเพิ่มการหดตัวของมดลูกโดยไม่จำเป็น 6) บรรเทาความเจ็บปวด

โดยไม่ใช้ยา โดยการนวด ประคบ สัมผัสและใช้ลูกบอล ดูแลให้ผู้คลอดเคลื่อนไหวย่างอย่างอิสระและอยู่ในท่าที่รู้สึกสุขสบาย 7) การใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ ดูแลให้ผู้คลอดได้เคลื่อนไหวย่างอย่างอิสระ และอยู่ในท่าลำตัวอยู่ในแนวตั้ง ได้แก่ เดิน ยืน นั่ง กู้เข่า คลาน หมอบ

3. แนวปฏิบัติในระยะที่ 2 ของการคลอด ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพเช่นเดียวกับผู้คลอดปกติ 2) การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม อธิบายวิธีการเบ่งคลอดแบบธรรมชาติให้ผู้คลอด สามีหรือญาติทราบ 3) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ดูแลให้สามีหรือญาติช่วยพุงตัวผู้คลอดในขณะที่ผู้คลอดเบ่งคลอด เช็ดหน้าและนวดในขณะมดลูกคลายตัว 4) หลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ ดูแลให้ผู้คลอดอยู่ในท่าลำตัวอยู่ในแนวตั้ง ไม่ตัดฝีเย็บอย่างเป็นกิจวัตร ให้การดูแลโดยไม่ให้ผู้คลอดได้รับยาเพิ่มการหดตัวของมดลูก 5) การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา ดูแลให้สามีหรือญาตินวดให้ผู้คลอดในระยะที่มดลูกคลายตัว ดูแลให้ผู้คลอดได้เคลื่อนไหวย่างอย่างอิสระและอยู่ในท่าที่รู้สึกสุขสบาย 6) การใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ ให้ผู้คลอดเบ่งคลอดแบบธรรมชาติ คือ เบ่งเมื่อปากมดลูกเปิดหมดแล้ว เบ่งคลอดเองเมื่อผู้คลอดรู้สึกอยากเบ่ง 7) การดูแลทารก เช่นเดียวกับทารกคลอดปกติ ใช้ลูกสูบยางแดงดูดน้ำเมือกออกจากปากคอและจุกทารกด้วยความนุ่มนวลตามความจำเป็นเท่านั้น

4. แนวปฏิบัติในระยะที่ 3 ของการคลอด ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพเช่นเดียวกับผู้คลอดปกติ วัดความดันโลหิตหลังรกคลอดเพื่อค้นหาให้มดลูกหดตัว (Methergin 0.2 mg. ทางกล้ามเนื้อ) ถ้าความดันโลหิตเท่ากับหรือมากกว่า 140/90 mm Hg งดฉีดยาดังกล่าว 2) การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม ไม่แยกมารดาและลูกจากกัน โดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ 3) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม ให้ผู้คลอดโอบกอดทารกและกระตุ้นให้ดูดนม 4) การใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ ดูแลให้รกคลอดเองตามธรรมชาติ หากรกลอกตัวแล้วเคลื่อนต่ำมายังบริเวณปากช่องคลอด ผู้คลอดไม่มีแรงเบ่ง พยาบาลช่วยทำคลอดรกด้วยวิธี Modified Crede Maneuver หรือวิธี Brandt-Andrews Maneuver

5. แนวปฏิบัติในระยะที่ 4 ของการคลอด ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพเช่นเดียวกับผู้คลอดปกติ 2) การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม สอบถามความรู้สึกของผู้คลอด สามีหรือญาติ 3) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เปิดโอกาสให้ผู้คลอด สามีหรือญาติได้แสดงความชื่นชมยินดีซึ่งกันและกัน 4) การใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ ดูแลให้ทารกดูดนมมารดา

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ 0.92 ด้านความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และความยาก-ง่าย ในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัตินั้น พยาบาลให้ข้อมูลในแต่ละระยะของแนวปฏิบัติดังนี้

แนวปฏิบัติระยะรับใหม่ ไม่สามารถปฏิบัติได้ 2 หัวข้อ คือ การงดกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรโดยไม่จำเป็น จำนวน 1 คน และการใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ จำนวน 3 คน ส่วนความยาก-ง่ายในการปฏิบัติ พบว่า พยาบาลให้ข้อมูลด้านยากในการปฏิบัติในหัวข้อการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา จำนวน 1 คน และการใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ จำนวน 3 คน

แนวปฏิบัติในระยะที่ 1 ของการคลอด ไม่สามารถปฏิบัติได้ 3 หัวข้อ คือ การประเมินภาวะ

สุขภาพ จำนวน 3 คน หลีกเลียงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ จำนวน 1 คน และการใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ จำนวน 1 คน ส่วนความยาก-ง่ายในการปฏิบัติ พบว่า พยาบาล 2 คน ให้ข้อมูลด้านยากในการปฏิบัติในหัวข้อ การประเมินภาวะสุขภาพ

แนวปฏิบัติในระยะที่ 2 ของการคลอด ไม่สามารถปฏิบัติได้ 3 หัวข้อ คือ การประเมินภาวะสุขภาพ จำนวน 2 คน หลีกเลียงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ จำนวน 1 คน และการใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ จำนวน 1 คน ส่วนความยากในการปฏิบัติ มี 3 หัวข้อคือ การประเมินภาวะสุขภาพ จำนวน 2 คน หลีกเลียงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ จำนวน 3 คน และการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา จำนวน 3 คน ส่วนแนวปฏิบัติในระยะที่ 3 และ 4 ของการคลอด พยาบาลทุกคนให้ข้อมูลด้านความสามารถในการปฏิบัติที่ดีและมีความง่ายในการปฏิบัติ

นอกจากนี้ยังพบว่า ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของพยาบาลโดยรวม เท่ากับ 8.50 (SD = 1.26) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจของผู้คลอดโดยรวม เท่ากับ 7.96 (SD = 1.11) ตาราง 1

ตาราง 1 ระดับความพึงพอใจของพยาบาล และผู้คลอด

แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก สำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติ	พยาบาล (n=8)		ระดับ	ผู้คลอด (n=24)		ระดับ
	ค่าเฉลี่ย	SD		ค่าเฉลี่ย	SD	
ระยะรับใหม่	8.13	1.55	มากที่สุด	7.50	1.25	มาก
ระยะที่ 1 ของการคลอด	8.13	1.55	มากที่สุด	7.29	1.40	มาก
ระยะที่ 2 ของการคลอด	8.63	1.51	มากที่สุด	7.79	1.50	มากที่สุด
ระยะที่ 3 ของการคลอด	8.63	1.69	มากที่สุด	8.50	1.22	มากที่สุด
ระยะที่ 4 ของการคลอด	9.00	0.93	มากที่สุด	8.71	1.33	มากที่สุด
รวม	8.50	1.26	มากที่สุด	7.96	1.11	มากที่สุด

พยาบาลที่ได้นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ พบว่า มีปัญหาและ/หรืออุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้คลอดและญาติ เนื่องจากไม่มีการเตรียมผู้คลอดและญาติมาก่อน ทำให้ต้องใช้เวลาในการอธิบายแนวปฏิบัติ ผู้คลอดไม่คุ้นชินกับการคลอดวิถีธรรมชาติ ทำให้ทั้งผู้คลอดและญาติเกิดความกังวล และกลัวความเจ็บปวด ชอบนอนมากกว่าเคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระ นอกจากนี้ญาติบางรายยังไม่สามารถให้การช่วยเหลือ สนับสนุนผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอดได้ 2) ด้านภาระงานของพยาบาล การดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ พยาบาลต้องดูแลผู้คลอดใกล้ชิด ทำให้มีปัญหาเรื่องภาระงาน และ 3) ด้านการจัดสถานที่ ถึงแม้โรงพยาบาลมีห้องแยกสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติโดยเฉพาะ 1 ห้องในกรณีที่ให้บริการพร้อมกัน ทำให้ห้องไม่พอ นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้คลอดบางรายขออยู่ห้องรอกคลอดร่วมกับผู้คลอดรายอื่นๆ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ เรื่อง การจัดห้องสำหรับผู้คลอด สามีหรือญาติให้มีความเป็นส่วนตัว บรรยากาศเงียบสงบและผ่อนคลายได้

อภิปรายผล

แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติที่พัฒนาขึ้นครั้งนี้ เป็นแนวปฏิบัติที่

สร้างมาจากงานวิจัยระดับ 1 มากที่สุด มีความแตกต่างจากการดูแลการคลอดปกติ มี 6 ด้าน คือ 1) การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม และ 2) การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์และสังคม เรื่อง การอนุญาตให้สามี หรือญาติ 1 คน อยู่กับผู้คลอดตั้งแต่ระยะรับใหม่จนถึงระยะที่ 4 ของการคลอด เป็นการพยาบาลที่มีคุณภาพและมีมนุษยธรรม (Brown, Hofmeyr, Nikodem, Smith, & Garner, 2007) ผู้คลอดทุกคนควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องในระยะคลอด (Hodnett et al., 2011) 3) การงดกิจกรรมทางการแพทย์ที่ทำแบบกิจวัตรโดยไม่จำเป็น มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน และเป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997, 2005) 4) หลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ 5) การบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา และ 6) การใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ แนวปฏิบัติทั้ง 6 ด้านนี้ เป็นแนวปฏิบัติทางการแพทย์คลินิกสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติ มีความแตกต่างจากแนวปฏิบัติทางการแพทย์ที่มีในโรงพยาบาลโดยทั่วไป ในปัจจุบันนี้ มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุน และเป็นแนวปฏิบัติทางการแพทย์คลินิกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับแนวปฏิบัติทางการแพทย์การคลอดของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997, 2005) และแนวปฏิบัติทางการแพทย์คลินิกของ Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines (Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program, 2012)

แต่อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติด้านการประเมินภาวะสุขภาพ ตั้งแต่ระยะรับใหม่จนถึงระยะที่ 4 ของการคลอดที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ เป็นแนวปฏิบัติที่มีความคล้ายคลึงกับแนวปฏิบัติทางการแพทย์ เรื่อง การพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ของ สภากาพยาบาล ซึ่งเน้นแนวทางการดูแลการคลอดปกติ (สภากาพยาบาล, 2551) และเป็นหัวข้อที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ข้อเสนอแนะว่า เป็นแนวปฏิบัติที่ทำเช่นเดียวกับการดูแลการคลอดปกติ ไม่ใช่แนวปฏิบัติสำหรับการคลอดวิถีธรรมชาติ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้สอบถามความคิดเห็นจากทีมยกวาง ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ และตรวจสอบแนวปฏิบัติทางการแพทย์การคลอดของห้องคลอด โรงพยาบาลสตูล ได้ข้อสรุปว่าให้คงเนื้อหาแนวปฏิบัติ เรื่อง การประเมินภาวะสุขภาพ ตั้งแต่ระยะรับใหม่จนถึงระยะที่ 4 ของการคลอดตามที่ได้ยกวางมา เนื่องจากต้องประเมินภาวะสุขภาพในแต่ละระยะตามมาตรฐานของโรงพยาบาล เพื่อการลงบันทึกตามแบบฟอร์มของโรงพยาบาล และด้านการฉีดยาให้มดลูกหดตัวหลังรกคลอด เป็นมาตรฐานการดูแลผู้คลอดปกติ (สภากาพยาบาล, 2551) เพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ซึ่งไม่ใช่แนวปฏิบัติตามแนวคิดการคลอดวิถีธรรมชาติ ที่ให้ฉีดยาป้องกันการตกเลือดหลังคลอดแบบไม่กิจวัตร (National Collaborating Center for Women's and Children's Health, 2007) แต่ทำเพื่อความปลอดภัยของผู้คลอด เพราะถ้าไม่ฉีดยาให้มดลูกหดตัวหลังรกคลอด อาจทำให้ผู้คลอดตกเลือดหลังคลอด โดยเฉพาะผู้คลอดครรภ์หลัง แนวปฏิบัติด้านนี้จึงต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามเป้าหมายของการจัดทำแนวปฏิบัติคือ กระทำโดยอาศัยหลักฐานที่ดีที่สุด เป็นหลักฐานที่ได้รับการยืนยันทางวิทยาศาสตร์จากงานวิจัย ที่บูรณาการร่วมกับการตัดสินใจทางคลินิก โดยอาศัยผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง (ฉวีวรรณ, 2548)

แนวปฏิบัติที่พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติได้ดีและมีความยากในการปฏิบัติ คือ แนวปฏิบัติในระยะรับใหม่ ด้านการใช้กระบวนการทำงานของธรรมชาติในการคลอดอย่างเต็มที่ คือให้ผู้คลอดอยู่ในห้องที่เตรียมไว้สำหรับการคลอดวิถีธรรมชาติ เป็นห้องส่วนตัวแยกจากผู้คลอดรายอื่นซึ่งมีเพียง 1 ห้อง สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพที่พบคือ พยาบาลไม่สามารถจัดให้ผู้คลอดอยู่ในห้องแยกได้ทุกราย เนื่องจากมีห้องไม่เพียงพอสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติถ้าต้องให้บริการในเวลาเดียวกัน และการที่ผู้คลอดไม่ต้องการอยู่

ในห้องคลอดวิถีธรรมชาติ เป็นจุดอ่อนของการวิจัยครั้งนี้คือ ไม่ได้นำผู้คลอด สามีหรือญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการกร่างแนวปฏิบัตินี้

แนวปฏิบัติในระยะที่ 1 ของการคลอด ที่พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติได้ดีและมีความยากในการปฏิบัติคือ การประเมินภาวะสุขภาพ และการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา การประเมินภาวะสุขภาพเป็นแนวทางการประเมินภาวะสุขภาพเช่นเดียวกับผู้คลอดปกติ เนื่องจากต้องปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการคลอดปกติของโรงพยาบาล โดยเฉพาะเรื่อง การฟังเสียงหัวใจทารกทุก $\frac{1}{2}$ -1 ชั่วโมง แต่ไม่ติดเครื่องฟังหัวใจทารกอย่างต่อเนื่อง ทำให้พยาบาลรู้สึกว่าจะไม่สามารถปฏิบัติได้และทำได้ยาก เนื่องจากพยาบาลมีภาระงานมาก เช่นเดียวกับการศึกษาที่พบว่าพยาบาลใช้เวลาเพียงร้อยละ 12.4 ของเวลาการปฏิบัติงานทั้งหมด ในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้คลอดอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาคลอด เนื่องจากมีปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญเรื่อง เวลา และปัญหาการขาดแคลนบุคลากร (Gale, Fothergill-Bourbonnais, & Chamberlain, 2001) ส่วนด้านการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เนื่องจากไม่ได้มีการเตรียมความพร้อมของผู้คลอดและญาติ ทำให้ผู้คลอดและญาติมีทักษะการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยาไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้คลอดและญาติ มีความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บปวด และไม่ค่อยเชื่อมั่นในวิธีการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา (สุรีย์พรและคณะ, 2554)

แนวปฏิบัติในระยะที่ 2 ของการคลอด ที่พยาบาลไม่สามารถปฏิบัติได้ดีและมีความยากในการปฏิบัติคือ ด้านการประเมินภาวะสุขภาพ คือ ประเมินการหดตัวของมดลูกและฟังเสียงหัวใจทารกภายหลังมดลูกหดตัวทันที ทุก 5-15 นาที เป็นเวลานาน 1 นาที ซึ่งไม่ได้เป็นแนวปฏิบัติการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ แต่เป็นแนวปฏิบัติการดูแลการคลอดปกติ (สภากาชาดไทย, 2551) ที่นำมาเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติ เพื่อประกันเรื่อง ความปลอดภัยของทารกในครรภ์ตามมาตรฐานของโรงพยาบาล และตามมาตรฐานของการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกคือ สร้างจากหลักฐานที่ดีที่สุดที่ได้รับ การยืนยันทางวิทยาศาสตร์จากงานวิจัยที่บูรณาการร่วมกับการตัดสินใจทางคลินิก (ฉวีวรรณ, 2548) การฟังเสียงหัวใจทารกทุก 5-15 นาที ในผู้คลอดวิถีธรรมชาติ เป็นเรื่องที่ไม่ปฏิบัติได้ไม่ดีและทำได้ยาก เนื่องจากผู้คลอดวิถีธรรมชาติจะคลอดในท่าลำตัวอยู่ในแนวตั้ง ทำให้การฟังเสียงหัวใจทารกในครรภ์เป็นเรื่องที่ไม่ปฏิบัติได้ไม่ดีและทำได้ยาก

ส่วนด้านการหลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ และการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา เป็นด้านที่พยาบาลให้ข้อมูลว่าปฏิบัติได้ยาก เพราะด้านการหลีกเลี่ยงการรบกวนกระบวนการคลอดตามธรรมชาติ เป็นแนวปฏิบัติที่ดูแลให้ผู้คลอดอยู่ในท่าลำตัวอยู่ในแนวตั้ง และหลีกเลี่ยงการให้ผู้คลอดนอนหงาย ในด้านนี้พยาบาลให้ข้อมูลเชิงคุณภาพว่า ผู้คลอดเคยชินกับการนอนหงาย เมื่ออยู่ในท่าลำตัวตั้งตรงไม่นานก็กลับมานอนหงายอีก ทำให้พยาบาลรู้สึกยากในการปฏิบัติ ส่วนด้านการบรรเทาความเจ็บปวดโดยไม่ใช้ยา คือดูแลให้สามีหรือญาตินวดและประคบด้วยความร้อนให้ผู้คลอดในระยะที่มดลูกคลายตัว และดูแลให้ผู้คลอดได้เคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระและอยู่ในท่าที่รู้สึกสุขสบาย ปัญหาที่พบคือการที่ไม่ได้เตรียมญาติมาก่อน ทำให้ญาติบางคนรู้สึกกลัว และไม่สามารถอยู่กับผู้คลอดเพื่อให้การสนับสนุนช่วยเหลือได้ตลอดระยะที่ 2 ของการคลอด ทำให้พยาบาลรู้สึกว่าจะแนวปฏิบัติด้านนี้ยากต่อการปฏิบัติ

แนวปฏิบัติในระยะที่ 3 และ 4 ของการคลอด เป็นแนวปฏิบัติที่พยาบาลทุกรายปฏิบัติได้ดีและมีความง่ายในการปฏิบัติ อาจจะเป็นเพราะแนวปฏิบัติที่มีความคล้ายคลึงกับแนวปฏิบัติการคลอดปกติที่ปฏิบัติกันอยู่แล้ว แต่เน้นการอยู่ด้วยกันระหว่างมารดาและทารก พยาบาลให้ข้อมูลว่าในระยะนี้มารดาและ

ทารกมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เป็นช่วงเวลาของความสุข ผู้คลอดและญาติมีความพึงพอใจมาก

เมื่อพิจารณาจากความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก และผู้คลอดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก พบว่า มีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด เป็นเพราะแนวปฏิบัติให้แนวทางที่ชัดเจน ถึงแม้ในบางประเด็นจะปฏิบัติได้ไม่ดีหรือมีความยากในการปฏิบัติ พยาบาลให้ข้อมูลเชิงคุณภาพว่าถึงแม้จะปฏิบัติไม่ได้หรือมีความยากอยู่บ้างในบางหัวข้อ แต่ในภาพรวมเป็นแนวปฏิบัติที่สามารถปฏิบัติได้ดีและมีความง่ายในการปฏิบัติ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะว่า หากมีการผสมผสานกันระหว่างการคลอดวิถีธรรมชาติกับการคลอดปกติ จะมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติได้มากกว่า

สำหรับข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ มี 3 ด้าน คือ 1) ด้านผู้คลอดและญาติ เนื่องจากไม่มีการเตรียมผู้คลอดและญาติมาก่อน ทำให้ต้องใช้เวลาในการอธิบาย อีกทั้งผู้คลอดส่วนใหญ่เคยผ่านการคลอดปกติมาแล้ว ไม่คุ้นชินกับการคลอดวิถีธรรมชาติ ทำให้ทั้งผู้คลอดและญาติเกิดความกังวล และกลัวความเจ็บปวด ชอบนอนมากกว่าเคลื่อนไหวร่างกายอย่างอิสระ นอกจากนี้ญาติบางราย ยังไม่สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนผู้คลอดในระยะที่ 2 ของการคลอดได้ 2) ด้านภาระงานของพยาบาล การดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ พยาบาลต้องดูแลผู้คลอดใกล้ชิด และต้องอธิบายแนวทางการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติ ให้กับผู้คลอดและญาติทุกระยะของการคลอด ทำให้มีปัญหาเรื่องภาระงาน และ 3) ด้านการจัดสถานที่ เนื่องจากโรงพยาบาลมีห้องแยกสำหรับผู้คลอดวิถีธรรมชาติเพียงห้องเดียว เมื่อมีผู้คลอดที่ต้องให้บริการมากกว่า 1 ราย ในเวลาเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้คลอดบางรายขออยู่ร่วมกับผู้คลอดรายอื่นๆ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในด้านนี้ได้

ข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัติในระยะรับใหม่ ระยะที่ 1 และ 2 ของการคลอดในบางข้อ เป็นแนวที่ไม่สามารถปฏิบัติได้ดีและมีความยากในการปฏิบัติ ควรมีการนำแนวปฏิบัติไปปรับปรุงต่อไป โดยให้ผู้คลอดและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการยกวางแผนปฏิบัติด้วย เพื่อให้เป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้านความสามารถในการปฏิบัติและความง่ายในการปฏิบัติ และควรมีการอบรมการดูแลการคลอดวิถีธรรมชาติให้กับพยาบาลก่อน มีการนำไปปรับใช้กับโรงพยาบาลอื่นๆ

บรรณานุกรม

- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20, 63-74.
- พริยา ศุภศรี. (2550). การคลอดธรรมชาติ: การดูแลอย่างมีมนุษยธรรม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 15, 16-26.
- มูลนิธิส่งเสริมการคลอดลูกและเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แห่งประเทศไทย. (2546). *การริเริ่มการคลอดที่ดี*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท สยามซิลป์ พรินท์ แอนด์ แพค จำกัด.
- สภาการพยาบาล. (2551). *แนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิก*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุฑาทอง จำกัด.
- สรวิชัย สุขะวัชรินทร์. (2548). การคลอดธรรมชาติต่อความเจ็บปวด และระยะเวลาในระยะที่หนึ่งของ การคลอดของมารดาครรภ์แรก โรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง). *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 30, 23-28.

- สุรีย์พร กฤษเจริญ, ทรงพร จันทรพัฒน์, กัญจน์ พลอินทร์, และปราณี พงศ์ไพบุลย์. (2553). ความรู้และความต้องการการคลอดวิถีธรรมชาติของพยาบาลผดุงครรภ์ในภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 28, 169-178.
- สุรีย์พร กฤษเจริญ, ทรงพร จันทรพัฒน์, กัญจน์ พลอินทร์, และปราณี พงศ์ไพบุลย์. (2554). การพัฒนารูปแบบการให้บริการคลอดวิถีธรรมชาติ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 29, 215-224.
- เอกชัย โควาวิสารัช, และธนิต หัพนานนท์. (2551). การคลอดวิถีธรรมชาติ. *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่อง การคลอดธรรมชาติตามแนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Basevi, V., & Lavender, T. (2009). Routine perineal shaving on admission in labour (Review). *The Cochrane Collaboration*. Retrieved from: <http://www.thecochranelibrary.com>
- Brown, H., Hofmeyr, G. J., Nikodem, V. C., Smith, H., & Garner, P. (2007). Promoting childbirth companions in South Africa: A randomised pilot study. *BMC Medicine*. Retrieved from: <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/5/7/prepub>
- Brubaker, S. J., & Dillaway, H. E. (2009). Medicalization, natural childbirth and birthing experiences. *Sociology Compass*, 3, 31-48.
- Carroli, G., & Mignini, L. (2012). Episiotomy for vaginal birth (Review). *The Cochrane Collaboration*. Retrieved from: <http://www.thecochranelibrary.com>
- Childbirth & Breastfeeding Foundation of Thailand. (2003). *Better births initiative: A project of the childbirth & breastfeeding foundation of Thailand*. Bangkok: Siamsin Print and Pack.
- Choices and Challenges in Changing Childbirth Research Network. (2005). Routines in facility-based maternity care: Evidence from the Arab World. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 112, 1270-1276.
- Cohen, M. (2006). *Deliver this! Make the childbirth choice that's right for you no matter what everyone else think*. Emeryville, CA: Seal Press.
- Curl, M., Davies, R., Lothian, S., Pascali-Bonaro, D., Scaer, R. M., & Walsh, A. (2004). Childbirthe educators, doulas, nurses, and women respond to the six care practice normal birth. *The Journal of Perinatal Education*, 13, 42-50.
- Declercq, E. R., Sakara, C., Corry, M. P., & Applebaum, S. (2006). *Listening to mother II: Report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences*. New York: Childbirth Connection.
- Ejegard, H., Ryding, E. L., & Sjogren, B. (2008). Sexuality after delivery with episiotomy: A long-term follow-up. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 66, 1-7.
- Essex, H. N., & Pickett, K. E. (2008). Mothers without companionship during childbirth: An analysis within the millennium cohort study. *Birth*, 35, 266-276.

- Fahy, K., Hastie, C., Bisits, A., Marsh, C., Smith, L., & Saxton, A. (2010). Holistic physiological care compared with active management of the third stage of labour for women at low risk of postpartum haemorrhage: A cohort study. *Women and Birth, 23*, 146-152.
- Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J., & Butt, J. (2005). The childbirth expectations of a self-selected cohort of Western Australian women. *Midwifery, 21*, 23-35.
- Fritel, X., Schaal, J. P., Fauconnier, A., Bertrand, V., Levet, C., & Pigne, A. (2007). Pelvic floor disorders 4 years after delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 115*, 247-252.
- Gale, J., Fothergill-Bourbonnais, F., & Chamberlain, M. (2001). Measuring nursing support during child birth. *The American Journal of maternal/Child Nursing, 26*(5), 264-271.
- Goer, H., Leslie, M. S., & Romano, A. (2007). The Coalition for improving maternity services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care. Step 6: Does not routinely employ practices, procedures unsupported by scientific evidence. *The Journal of Perinatal Education, 16*, 32S-64S.
- Golay, J., Vedam, S., & Sorger, L. (2007). The squatting position for the second stage of labor: effects on labor and on maternal and fetal well-being. *Birth, 20*, 73-78.
- Gupta, J. K., Hofmeyr, G. J., & Smyth, R. M. D. (2009). Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia (Review). *The Cochrane Collaboration*. Retrieved from: <http://apps.who.int/whl/reviews/CD002006.pdf>
- Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C. (2011). Continuous support for women during childbirth (Review). *The Cochrane Collaboration*. Retrieved from: <http://www.thecochranelibrary.com>
- Jahdi, F., Shahnazari, M., Kashanian, M., Farahani, M. A., & Haghani, H. (2011). A randomized controlled trial comparing the physiological and directed pushing on the duration of the second stage of labor, the mode of delivery and Apgar score. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health, 3*, 159-165.
- Johanson, R., Newburn, M., & Macfarlane, A. (2002). Has the medicalization of childbirth gone too far? *British Medical Journal, 324*, 892-895.
- Kovavisarach, E., & Sringamvong, W. (2005). Enema versus no-enema in pregnant women on admission in labor: A randomized controlled trial. *Journal of the Medical Association of Thailand, 88*, 1763-1767.

- Lam, K. W., Wong, H. S., & Pun, T. C. (2006). The practice of episiotomy in public hospitals in Hong Kong. *Hong Kong Medical Journal*, 12, 94-98.
- Lawrence, A., Lewis, L., Hofmeyr, G. L., Dowswell, T., & Styles, C. (2009). Maternal positions and mobility during first stage labour (Review). *The Cochrane Collaboration*. Retrieved from: <http://www.thecochranelibrary.com>
- Lothian, J. A., Amis, D., & Crenshaw, J. (2007). Care practice #4: No routine intervention. *Journal of Perinatal Intervention*, 16, 29-34.
- Mansfield, B. (2008). The social nature of natural birth. *Social Science & Medicine*, 66, 1084-1094.
- Miquelutti, M. A., Cecatti, J. G., & Makuch, M. Y. (2007). Upright position during the first stage of labor: A randomized controlled trial. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 62, 635-636.
- Moscucci, O. (2003). Holistic obstetrics: the origin of "natural childbirth" in Britain. *Postgraduate Medical Journal*, 79, 168-173.
- National Collaborating Center for Women's and Children's Health. (2007). *NICE clinical guideline 55-Intrapartum care: Care for healthy women and their babies during childbirth*. Retrieved from: <http://www.nice.org.uk>
- National Health and Medical Research and Council [NHMRC]. (1999). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Retrieved from: http://www.ausinfo.gov.au/general/gen_hottobuy.htm
- Prendiville, W. J., Elbourne, D., & McDonald, S. (2009). Active versus expectant in the third stage of labour (Review). *The Cochrane Collaboration*. Retrieved from: <http://www.thecochranelibrary.com>
- Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. (2012). *Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline: Normal Birth* [monograph on the Internet]. Brisbane: Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program; [cited 2013 Apr 10]. Retrieved from: http://www.health.qld.gov.au/qcg/documents/g_normbirth.pdf
- Revez, L., Gaitan, H. G., & Cuervo, L. G. (2009). Enemas during labour (Review). *The Cochrane Collaboration*. Retrieved from: <http://www.thecochranelibrary.com>
- Roberts, J., & Hanson, L. (2007). Best practices in second stage labour care: Maternal bearing down and positioning. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 52, 238-244.
- Scaer, R. M. (2002). Normal birth: Two stories. *The Journal of Perinatal Education*, 11, 1-12.

- Shojaei, K. K., Dawati, A., & Zayeri, F. (2009). Frequency and side effect of episiotomy in primiparous women: A three-month longitudinal survey. *Journal of Qom University of Medical Sciences*, 3, 47- 50.
- Smith, C. A., Levett, K. M., Collins, C. T., & Jones, L. (2012). Massage, reflexology and other manual methods for pain management in labour. (Review) *The Cochrane Collaboration*. Retrieved May 18, 2013. [monograph on the Internet]. Hoboken: John Wiley & Sons, Ltd.; [cited 2013 Apr 10]. Retrieved from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009290.pub2/pdf/standard>
- Smyth, R. M. D., Alldred, S. K., & Markham, C. (2009). Amniotomy for shortening spontaneous labour (Review). *The Cochrane Collaboration*. Retrieved from: <http://www.cfh.org/hbns/archives/viewSupportDoc.cfm?supportingDocID=485>
- Storton, S. (2007). The coalition for improving maternity services: Evidence basis for the ten steps of mother-friendly care: Step 4: Provides the birthing woman with freedom of movement to walk, move, assume positions of her choice. *The Journal of Perinatal Education*, 16, 10S-19S.
- The AGREE Collaboration. (2001). The appraisal of guidelines for research & evaluation (AGREE) instrument. London: St. George's Hospital Medical School. The Joanna Briggs Institute. (2008). JBI best practice clinical report. *Technical report*, 4(2), 18-33.
- The Joanna Briggs Institute. (2008). JBI praectice clinieal report. *Technical report*, 4(2), 18-33.
- Westfall, R. E., & Benoit, C. (2004). The rhetoric of "natural" in natural childbirth: Childbearing women's perspectives on prolonged pregnancy and induction of labour. *Social Science & Medicine*, 59, 1397-1408.
- World Health Organization. (1997). Care in normal birth: A practical guide. *Birth*, 24, 121-123.
- World Health Organization. (2005). *Evidence-led obstetric care: Report of a WHO meeting*. Geneva: World Health Organization.
- Yurachai, M., Ratinthorn, A., Serisathien, Y., & Sinsuksai, N. (2009). The effects of directed versus spontaneous pushing on postpartum fatigue, perineal pain and childbirth satisfaction. *Journal of Nursing Science (Supplement 2)*, 3, 27-36.

Development of a Clinical Nursing Practice Guideline for Clients with Natural Childbirth*

Sureeporn Kritcharoen** Pranee Pongpaiboon*** Kanjane Phon-In***
Warangkana Chatchawech**** Supap Maksuwan*****

Abstract

This developmental research aimed to develop and evaluate the effectiveness of clinical nursing practice guideline for clients with natural childbirth. The committee consisted of 11 persons to develop clinical practice guideline. The content validity index was tested by 5 experts. The reliability was tested by 6 nurses. The effectiveness of the clinical practice guideline was evaluated in 2 parts: 1) able to practiced and 2) difficulty and simplicities in practice. The satisfaction was evaluated by nurses and laboring women. In addition, the obstacles or the problems of using the clinical guideline were evaluated. The CVI was 0.92 and has a high reliability with internal consistency of 93%.

It was reported that using this guideline could be most easily practiced for the third and fourth stages of labor. The nurses were satisfied with this guideline at a high level. The laboring women also reported high satisfaction with receiving care under the guideline. The obstacles to using the guideline were reported by the nurses in 3 aspects: 1) laboring women and their relatives, 2) overload of the task of the nurses, and 3) arrangement of the labor unit.

The developmental clinical practice guideline has high validity and reliability. The nurses who used it and the women who received care under the guideline experienced high satisfaction. This guideline should be used for sustaining natural childbirth.

Keywords: clinical practice guideline; natural childbirth

* Funding from Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

**** Lecturer, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University, Songkhla, Thailand.

***** Registered Nurse, Satun Hospital, Satun, Thailand.